Modyfikacya postępowania operacyjnego, podanego przez Gleicha celem leczenia bolesnego płaskonogu [1]).

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

Dolegliwości, jakich doznają ludzie dotknięci wadą, zwaną płaskonogiem, bywają różnego stopnia; gdy jedni tylko stają się niezdolnymi do zawodów, połączonych z ustawicznem lub przynajmniej częstem i usilnem chodzeniem lub staniem z powodu łatwego męczenia się nóg i przemijających bólów, występują u innych te ostatnie w tak znacznym stopniu, że nie tylko do pomienionych powyżej zawodów się nie nadają, lecz muszą nawet całymi dniami lub tygodniami używać spokoju, gdyż chodzenie nawet mierne bywa dla nich niemożliwem.

Te właśnie bóle zmuszają właścicieli takich nóg do leczenia się i one też stały się powodem bliższych poszukiwań ze strony lekarzy, które wykazały, że nie każda płasko zbudowana noga a raczej stopa sprawia owo zmęczenie lub bóle, że niektóre szczepy odznaczają się taką budową płaskich stóp, jak n. p. murzyni, którzy mimo tego są wybornymi piechurami, że dalej wrodzone płaskonogi a raczej

[1]) W streszczeniu wyłożone wraz z przedstawieniem rekonwalescenta na VII. zjeździe chirurgów polskich.

stopy szpotawe bardzo wysokiego stopnia służyć mogą do chodzenia bez wywoływania bólów.

Bolesny płaskonóg powstaje podówczas, jeżeli prawidłowa dotąd stopa w skutku okoliczności, w jakich się znajdowała, zmieniła się w krótkim przeciągu czasu na stopę płaską, przez co stosunek uczepienia pewnych grup mięśniowych doznał zmiany. Niektórzy autorowie uważali ból ten za objaw zapalenia mięśni, lecz Gosselin i Lorenz wykazali bezpodstawność tego twierdzenia i od nich też pochodzi dzisiejsza nazwa: *Pes valgus dolorosus, tarsalgie des adolescents* i *contracter Plattfuss*, przyczem podrażnienie nerwów zaopatrujących nadmiernie rozciągniętą torebkę stawową przenosi się na nerwy mięśni skręcających stopę (*m. pronatores*), które skutkiem tego ulegają skurczowi (*contractura reflectoria*).

Na tej też podstawie polega w początkowym okresie wzmiankowanych bólów zalecenie mięsienia (*massage*) obok spokoju tejże stopy i noszenia na później klinowatych wkładek po wewnętrznej stronie podeszwy a leczenie to rzeczywiście jako racyonalne we wielu razach świetne odniosło skutki.

Gdy jednak z jednej strony leczenie to tylko chwilowe nieraz przynosi polepszenie a ze wzrostem choroby i dolegliwości stają się większemi i uporczywszemi, gdy zaś z drugiej strony nie wszyscy znajdują się w takich okolicznościach a właśnie choroba ta nawiedza przeważnie sfery pracujące, aby przez długie czasy oddawać się pielęgnowaniu swych nóg i to jeszcze pielęgnowaniu wymagającemu pewnego komfortu, przeto już od dłuższego czasu myśleli chirurdzy nad doszczętniejszym a krótszym sposobem leczenia tej przykrej choroby.

Tu należy prawie równocześnie pomyślana i wykonana przez dwóch operatorów niemieckich (Trendelenburga i Hahna) osteotomia obu kości podudzia tuż ponad kostkami celem zniesienia owego skrzywienia stopy w podobny sposób, jak to czyni Mac Even przy szpotawości kolana

(*genu valgum*). Pierwszy z nich był dosyć zadowolonym z tej metody osobliwie w świeżych przypadkach, drugi zaś nie bardzo tak, że był zmuszonym uciec się czasem do drugiej operacyi, w której dodał postępowanie Ogstona, polegające na wydłutowaniu klina w okolicy stawu skokowo-czółenkowego.

Na 22-gim wiecu chirurgów niemieckich, odbytym w Berlinie w r. 1893., przedstawił Gleich, elew kliniki Billrotha nową, bardzo zmyślną metodę, w której, wychodząc z tego założenia, że tak metoda Ogstona, jako też Trendelenburga-Hahna działają zaenergicznie, ograniczył się do przepiłowania tylnej części kości piętowej w tym celu, aby ją ku dołowi nieco zesunąć, w takiem położeniu przygoić i tym sposobem wytworzyć nowy, dostateczny łuk nartowy w stopie.

Metoda jego składa się z następujących szczegółów: 1) Podskórne przecięcie ścięgna Achillesowego. 2) Cięcie skórne strzemiączkowe podobne, jak pierwsze cięcie przy operacyi Pirogowa. 3) Przepiłowanie kości piętowej w kierunku z góry na dół i od tyłu ku przodowi i przesunięcie tylnej jej części ku dołowi i wewnątrz. Sam autor nie miał sposobności wypróbowania tej teoretycznie dobrze pomyślanej metody, lecz wykonali ją inni po trzykroć a mianowicie raz Eiselsberg w Wiedniu i dwa razy Brenner w Lincu. Pierwszy operował zupełnie według zasad wypowiedzianych przez autora, drugi zaś, jakby przeczuwał zarzut metodzie tej później w dyskusyi przez Trendelenburga uczyniony, że niekorzystną jest blizna na podeszwie, zmienił kierunek cięcia na boczne, ukośnie z góry i tyłu ku przodowi i dołowi po stronie wewnętrznej przebiegające, nadto zaniechał w drugim przypadku tenotomii.

Przed kilkoma miesiącami nadarzył mi się przydatny do powyższej operacyi przypadek a gdy, jak to powyżej wykazałem, liczba ich jest jeszcze bardzo szczupłą, przeto pospieszam z ogłoszeniem go tembardziej, że poczyniłem

w postępowaniu pewne zmiany, które, zdaje się, dosyć korzystnie wpływają na dalszy wynik operacyjny.

Abraham Windholz, l. 17 liczący, uczeń szklarski z Wieliczki, zgłosił się 1. Kwietnia 1895 r. w ambulatoryum

Figura I.

a. *b.*



pawilonu chirurgicznego szpitala św. Łazarza, skarżąc się na dolegliwe, od pół roku coraz to bardziej zwiększające się bóle w stawie skokowym. Po przyjęciu go do oddziału okazało badanie stan następujący: Budowa i odżywienie wie-

kowi odpowiadające, narządy wewnętrzne bez widocznych zboczeń. Stopa lewa ustawiona w pronacyi tak, że podeszwa przedstawia się jakby spłaszczona, o zmniejszonej znacznie wklęsłości po stronie wewnętrznej, co najlepiej przedstawia się na załączonym niżej ichnogramie (fig. 1. *a*, *b*.). Guz kości czółenkowej sterczy wyraźniej ku wnętrzu, niż to bywa w stanie prawidłowym, a nadto jest on położonym poniżej linii łączącej guz piętowy z główką pierwszej kości śródstopia (wymiar przezemnie podany), gdy w stanie prawidłowym leży on na samej linii rzeczonej, lub, w razie znacznego wysklepienia nartu, nawet wyjątkowo powyżej.

Figura II.



Na tej podstawie rozpoznałem *pes planus sinister dolorosus* i postanowiłem operować go sposobem Gleicha.

Dnia 5. Kwietnia 1895. wykonano operacyą w narkozie chloroformowej i w nieco odmienny sposób, do którego doszedłem następującem rozumowaniem. Uznając zarzut, że blizna pozostająca na podeszwie może przy chodzeniu ulegać drażnieniu, za słuszny, postanowiłem przenieść ją w inne miejsce, jak to zresztą uczynił był już Brenner; tylko rozumowałem dalej: mam ja osobno wykonywać tenotomię ścięgna Achillesowego a osobno cięcie dla przepiłowania kości piętowej, wolę oba cięcia te połączyć w jedno i w ten sposób powstało cięcie również w kształcie lit. U, lecz ∩, t. j. że wypukłość przypadała na samo ścięgno, gdy ramiona przebiegały od tyłu i góry ku

dołowi i przodowi aż dokości piętowej. Tym sposobem przeciąłem ścięgno Achillesowe i odsłoniłem sobie tylną część kości piętowej, którą teraz swobodnie przepiłowawszy dowolnie mogłem zestawić, przesuwać a nadto w nowem położeniu utwierdzić szwami z grubego katgutu. Szereg szwów, zespajających skórę zakończył operacyę.

Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Opatrunek zmieniono po 14 dniach; zagojenie *per primam*. Jaki zaś skutek odniosła sama operacya, możemy wnosić raz z odcisku podeszwy zrobionego w 6 tygodni po operacyi (fig. 2.) a powtóre z twierdzenia rekonwalescenta, że zupełnie dobrze chodzi i może oddawać się pracy zawodowej.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1895. Nr. 33.

Kraków, 1895. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.